

Nombre: _____

Fecha: _____

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON
OFICINA DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL
ARD/IEP Aviso para acceder al reembolso de Medicaid**

Nombre: _____	ID: _____	Fecha Nac: _____	Fecha de envío: _____
Discapacidad (s): _____	Grado: _____	Escuela: _____	Oficina: _____

Houston ISD debe avisarle por escrito cada año que va a acceder a sus beneficios públicos y a su seguro o a los de su hijo. Primero, Houston ISD requiere:(a) sólo una vez su consentimiento para intercambiar información con y para procesar las facturas de reembolso de *Medicaid* y (b) informarle porqué solicitamos su consentimiento. Después de obtener su consentimiento (sólo una vez), Houston ISD no necesitará permisos adicionales en el futuro para acceder a sus beneficios públicos y a su seguro o a los de su hijo, independientemente de si exista algún cambio en el tipo, cantidad o costo de los servicios que se facturen a los beneficios públicos o de seguros (por ejemplo, *Medicaid*). El Houston ISD debe hacer la notificación en un lenguaje comprensible y traducido en su idioma materno u otro modo de comunicación, salvo que no sea factible hacerlo. Lo siguiente constituye la notificación por escrito.

Descripción de la acción(es) que Houston ISD propone adoptar: Houston ISD propone acceder a sus beneficios públicos elegibles o a los seguros de su hijo (por ejemplo, *Medicaid*) para que el distrito proporcione servicios de la mejor calidad a los niños que atiende.

Explicar por qué Houston ISD propone tomar esta(s) medida(s): El dinero obtenido de *Medicaid* será usado para ampliar y mejorar los servicios médicos a los niños que atiende.

Descripción de cada procedimiento de evaluación, prueba, registro o informe que Houston ISD utilizó como base para la propuesta: Registros o información de los servicios de salud y servicios relacionados que se le han brindado a usted o su hijo se usarán para determinar la cantidad del reembolso. Los planes individuales de salud, órdenes e informes médicos, reportes de elegibilidad de *Medicaid* y el reporte del Programa Educativo Individualizado (IEP) son algunos de los documentos que el distrito puede utilizar para determinar la elegibilidad del reembolso.

Descripción de otras opciones consideradas por el comité ARD/IEP y el motivo del rechazo de esas opciones: El Distrito Escolar Independiente de Houston siempre toma en cuenta los recursos disponibles para brindar los servicios especificados en el IEP sin cobrarle, independientemente de si se autoriza la facturación de *Medicaid* a HISD, sin embargo, el reembolso de *Medicaid* por los servicios de salud relacionados que reciba usted o su niño en la escuela, se utilizan para ampliar y mejorar los servicios médicos relacionados para usted o su hijo.

Descripción de otros factores que son relevantes a la propuesta del Houston ISD: Es importante entender que los servicios de *Medicaid* de su hijo fuera del ámbito escolar no se limitan o disminuyen si Houston ISD factura a *Medicaid* por los servicios relacionados con la escuela. *Medicaid* no tiene importe máximo de por vida para brindarle servicios a los niños que son elegibles para el reembolso. Si el servicio que su hijo recibe no es elegible para el reembolso, no se le cobrará a Medicaid.

Los padres puedan llamar para obtener ayuda sobre las disposiciones de la sección Parte B de la Ley de Educación para individuos con Discapacidades (IDEA):

Distrito Escolar Independiente de Houston

Oficina de Servicios de Educación Especial

4400 West 18th Street

Houston, Texas 77092

Teléfono: (713) 556-7025

Fax: (713) 556-7589

Región IV – Centro de Servicios Educativos

7145 West Tidwell

Houston, Texas 77092-2096

Teléfono: (713) 462-7708

Fax : (713) 744-6514

Contacto para llamar al Centro de Servicios Educativos

Ginger Gates, Director

(713)744-6586

ginger.gates@esc4.net